

Numéro d'assurance	Code (si connu)
--------------------	--------------------

En cas de demande de pension de réversion:
Numéro d'assurance de l'assuré(e) décédé(e)

Demande d'aide aux cotisations à l'assurance maladie selon l'art. 106 du code de la sécurité sociale allemand SGB VI concernant une assurance maladie légale étrangère à titre volontaire ou privé

En cas de survivants, il faut utiliser un formulaire pour la veuve / le veuf et un formulaire pour chaque orphelin.

Remarque : Afin de pouvoir statuer d'une manière appropriée sur votre demande, nous avons besoin de certaines informations importantes et de documents de votre part en application du sixième livre du code de la sécurité sociale allemand (SGB VI). Par conséquent, nous vous prions de bien vouloir répondre complètement aux questions posées et nous adresser rapidement les documents demandés.

Votre assistance expressément prévue aux art. 60 à 65 du premier livre du code de la sécurité sociale allemand (SGB I) nous facilitera une exécution rapide de votre affaire. Veuillez tenir compte du fait que nous avons le droit, si vous ne nous aidez pas, de refuser totalement ou partiellement la prestation (art. 66 du SGB I).

Si vous avez besoin d'autres demandes, nous vous les adresserons volontiers.

A Renseignements de la requérante / du requérant

1 Identité de la personne requérante

Nom	Prénom (prénom usuel)		
Nom de naissance			Date de naissance
Rue, n° de rue	Téléphone dans la journée (indication facultative)		
Code postal, lieu de résidence, pays			
Courriel (indication facultative)		Télécopie (indication facultative)	

2 Identité de l'assuré(e) décédé(e) (en cas de demande d'une pension de réversion)

Nom	Prénom (prénom usuel)		
Nom de naissance	Date de naissance	Date de décès	



Numéro d'assurance	Code (si connu)

En cas de demande de pension de réversion:
Numéro d'assurance de l'assuré(e) décédé(e)

3 Perception d'autres pension

3.1 Percevez-vous (ou l'orphelin) une autre pension de l'assurance pension légale allemande ou avez-vous demandé une autre pension ?

non, continuer au point n° 4
Depuis le (jour, mois, an)

oui

Demande du (jour, mois, an)

Organisme d'assurance pension

Numéro d'assurance

3.2 Une aide aux cotisations à l'assurance maladie est-elle déjà payée ou est-elle demandée ?

non oui

4 Existence d'une assurance obligatoire

4.1 Une assurance obligatoire à une assurance maladie légale allemande ou étrangère existe-t-elle ou existait-elle pendant la période pour laquelle vous demandez une subvention ?

Nom et adresse de l'assurance maladie ou du service de santé

non oui

Raison de l'assurance obligatoire (par exemple contrat de travail, pension, assurance obligatoire en tant que chômeur, couverture maladie universelle)

5 Si des dépenses de cotisations pour une assurance maladie privée pour les membres de la famille doivent être prises en compte

Membre de la famille (nom, prénom)	Date de naissance
Lien de parenté	
Revenu total du membre de la famille par mois	Monnaie

5.1 Le membre de la famille est-il retraité ?

Depuis le (jour, mois, an)

non oui

Organisme d'assurance pension, pays

Numéro d'assurance, référence

5.2 Le membre de la famille est-il assuré à titre obligatoire à l'assurance maladie légale allemande ou étrangère ?

non oui



Numéro d'assurance	Code (si connu)

En cas de demande de pension de réversion:
Numéro d'assurance de l'assuré(e) décédé(e)

6 Déclaration de la requérante / du requérant

J'affirme avoir communiqué en toute conscience tous les renseignements indiqués sur ce formulaire. Je sais que des renseignements sciemment faux peuvent mener à une **poursuite pénale**.

Je m'engage à informer l'organisme d'assurance pension immédiatement des faits suivants, particulièrement

- a) de la cessation ou de la suspension de l'assurance à laquelle l'aide aux cotisations est payée (par exemple en cas de droit à la couverture maladie conformément à la loi portant sur l'assistance aux victimes de guerre - Bundesversorgungsgesetz [loi fédérale sur l'assistance aux victimes de guerre] - BVG -, la Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz [loi fédérale relative à l'indemnisation des victimes des persécutions nazies] - BEG ou en cas de séjour à l'étranger),
- b) de toute modification du montant de la cotisations ou de la prime à l'assurance maladie,
- c) du début d'une assurance obligatoire à l'assurance maladie légale allemande (par exemple suite au début d'un emploi, à la demande d'une autre pension, à la perception d'indemnités transitoires en raison de mesures de réadaptation professionnelle, d'allocations chômage ou d'allocations chômage II),
- d) du début d'une assurance obligatoire auprès d'une assurance maladie légale étrangère (par exemple suite au début d'une pension étrangère ou au début d'un emploi),
- e) d'une inscription en tant que bénéficiaire auprès d'une caisse d'assurance maladie légale allemande suite à la pension d'un autre Etat membre de l'UE, de l'Islande, du Liechtenstein, du Norvège ou de la Suisse,
- f) du déménagement dans un autre Etat,
- g) de tout changement dans la situation du membre de la famille dont les dépenses de cotisations sont prises en compte pour le paiement de l'aide aux cotisations (droit à une pension personnelle, survenance de l'assurance obligatoire à l'assurance maladie légale allemande ou étrangère, modifications des dépenses de cotisations ou du revenu global).

Lieu, date

Signature de la requérante / du requérant ou du représentant légal des orphelins



Numéro d'assurance	Code (si connu)
--------------------	--------------------

En cas de demande de pension de réversion:
Numéro d'assurance de l'assuré(e) décédé(e)

B Attestation de la caisse d'assurance maladie ou de la compagnie d'assurance maladie

Nous confirmons qu'une assurance maladie couvrant le traitement médical ambulatoire, le traitement hospitalier, les médicaments, les moyens thérapeutiques ou le traitement dentaire, existe en faveur de

Nom et prénom de l'assuré		Date de naissance
Numéro de la police / numéro d'assurance		Début / fin de l'assurance
L'affiliation à l'assurance maladie		
<input type="checkbox"/> repose sur une contrainte légale / est obligatoire. <input type="checkbox"/> est volontaire.		
<input type="checkbox"/> repose sur un contrat de droit privé.		

Montant de la cotisation sans droit aux indemnités journalières (assurance contre la perte de salaire en cas de maladie) et sans cotisations à l'assurance dépendance

du - au	par mois	monnaie
du - au	par mois	monnaie
du - au	par mois	monnaie
Le débiteur des cotisations est <input type="checkbox"/> l'assuré mentionné au point n° 1 <input type="checkbox"/>		
L'assurance maladie était suspendue (par exemple des cotisations conservant le droit en cours d'acquisition ou retard du versement de cotisations)		
du - au	du - au	du - au

Nota: Il faut seulement indiquer les cotisations à l'assurance maladie. Ne pas indiquer les cotisations versées à une autre assurance éventuellement existant chez vous (par exemple assurance accident ou assurance vie).



